



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública
ISSN: 1726-4642
revmedex@ins.gob.pe
Instituto Nacional de Salud
Perú

Málaga, Germán; Kanashiro-Azabache, Koey; Jiménez-Viñas, Carlos; Barrionuevo, Patricia
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 29, núm. 1, 2012, pp. 159-160
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255029>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(3):484-91.
2. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.
3. Casanueva E, Viteri FE, Mares-Galindo M, Meza-Camacho C, Loria A, Schnaas L, et al. Weekly iron as safe alternative to daily supplementation for nonanemic pregnant women. Arch Med Res. 2006;37(5):674-82.
4. Gonzales GF, Steenland K, Tapia V. Maternal hemoglobin level and fetal outcome at low and high altitudes. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2009;297:R1477-85.
5. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo CE. Maternal hemoglobin concentration and adverse pregnancy outcomes at low and moderate altitudes in Peru. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Oct 17 (Epub ahead of print).

Correspondencia: Gustavo F. Gonzales

Dirección: Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú.

Teléfono: (511) 3190000 anexo 2535

Correo electrónico: gustavo.gonzales@upch.pe

PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD

HOSPITALIZED PATIENTS AND THE KNOWLEDGE ABOUT THEIR OWN ILLNESS

Germán Málaga^{1,2,a}, Koey Kanashiro-Azabache^{3,b}, Carlos Jiménez-Viñas^{4,c}, Patricia Barrionuevo^{1,b}

Sr. Editor. El proceso de salud-enfermedad, requiere comunicación efectiva entre pacientes y médicos, solo así será posible entender las expectativas y preferencias del paciente⁽¹⁾ además de lograr que se transmitan y se entiendan las indicaciones para alcanzar la recuperación de la salud⁽²⁾.

¹ Conocimiento y Evidencia (CONEVID), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Centro de Excelencia, CRONICAS, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Fundación Puigvert. Barcelona, España.

⁴ Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.

^a Médico internista, magíster en Medicina; ^b médico cirujano; ^c médico, magíster en Medicina

Se realizó un estudio cualitativo en pacientes mayores de 35 años, hospitalizados por más de cinco días y reclutados antes del alta del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Enfocados en el nombre de su enfermedad, se indagó sobre el conocimiento que tenían sobre ella, sus características (en qué consiste y como afecta su presencia), el pronóstico, el motivo de hospitalización y el tratamiento recibido. Se consideró como "conocedor" a quien respondiera apropiadamente en, al menos, tres de los puntos

La entrevista consistió en preguntas abiertas las cuales fueron grabadas, transcritas y evaluadas, de forma paralela e independiente, para ser contrastadas con la información de la historia clínica.

De manera global, en 21/29 pacientes el nivel de conocimientos fue deficiente. Mientras que 19/29 desconocían el nombre de la enfermedad (*Sufro de pies hinchados con várices...*; diagnóstico: sepsis, punto de partida partes blandas; insuficiencia venosa periférica).

Sobre las características de la enfermedad, 25/29 pacientes no supieron responder; en 15/29 respondieron de manera inadecuada con relación al pronóstico y 20/29 no supieron la razón de su hospitalización. En este último aspecto llama la atención respuestas como: *No, no me han dicho nada. Solamente me han sacado examen de todo, no encuentran nada y dicen que me van a hacer un examen de riñón* (diagnóstico: insuficiencia renal crónica en estadio III, síndrome nefrótico), o *No, no me han dicho nada sobre eso* (diagnóstico: VIH, meningoencefalitis y lúes del sistema nervioso central).

En cuanto al tratamiento recibido, 25/29 pacientes evidenciaron su desconocimiento: *Ahorita es un compuesto que la doctora me ha recetado en la farmacia que no sé su nombre* (diagnóstico: psoriasis activa sobreinfectada, necrosis aseptica de cadera); *Son cuatro pastillas* (diagnóstico: tuberculosis cerebral e infección por VIH).

A pesar de ser una institución de salud "docente-asistencial", con personal de salud multidisciplinario en constante interacción con pacientes en recuperación y promoción de la salud, los resultados fueron deficientes. Lo más preocupante fue que el aspecto más deficiente fue el relacionado con el tratamiento recibido. Esto podría explicar los malos resultados de estudios que evaluaron adherencia al tratamiento (40% en hipertensión arterial)⁽³⁾ y en portadores de enfermedades crónicas, quienes desconocen aspectos importantes de sus enfermedades y ni siquiera reconocen a los responsables de su atención⁽⁴⁾.

Estos resultados, no generalizables, alertan que el personal de salud no brindaría información completa, comprensible y continua a sus pacientes, como lo señala la Ley General de Salud⁽⁵⁾, situación que sugiere una deficiente relación médico-paciente e impediría tener al paciente como centro del proceso de atención sanitaria. De modo que si no son respetados sus valores y preferencias, si no son involucrados en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud y con una práctica “paternalista” de la medicina, no es posible soslayar que nuestra práctica esté basada en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia, reconocida la mejor manera de practicar la medicina⁽²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. How to improve communication between doctors and patients. BMJ. 2000;320(7244):1220-1.
2. Montori V, Devereaux PJ, Straus S, Haynes B, Guyatt G. Moving from evidence to action: decision making and the patient. In: Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature: a manual for evidence based clinical practice. 2nd Edition. New York: Mc Graw Hill; 2008. p. 643-61.
3. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. 2010;21(4):197-201.
4. De Benedetti ME, Pastor MS, Bandrés MP. Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Med Hered. 2006;17(1):21-7.
5. Ley General de Salud del Perú. Ley Nº 26842 del 9 de Julio de 1997. Ministerio de Salud. (revisada el 2 de marzo de 2009).

Correspondencia: Germán Málaga Rodríguez
Dirección: Calle Chavín 159 CC Montrerrico, Lima 33, Perú.
Teléfono: (511) 3445356
Correo electrónico: german.malaga@upch.pe



APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN ZONAS RURALES

APPLICATION OF RAPID TESTS FOR SYPHILIS DIAGNOSIS IN RURAL AREAS

Renzo Calderon-Anyosa^{1,a}, Oscar J. Ponce^{1,a}, J. Carlos Tapia-Tapia^{1,a}, Patricia J. García^{2,b}

Sr. Editor. La sífilis es una infección prevenible que continúa siendo una amenaza global a la salud ya que causa alrededor de 12 millones de infecciones cada año. Su transmisión es predominantemente sexual y sus manifestaciones son variadas, pues muchas veces es asintomática o con síntomas no reconocidos^(1,2). Por ello, la detección precoz y el tratamiento son críticos para evitar complicaciones serias; sin embargo, en países en vías de desarrollo el acceso a servicios de laboratorio es limitado, especialmente en comunidades rurales, es por ello que el uso de pruebas rápidas para sífilis (PRS) es una buena alternativa^(3,4).

Las PRS poseen una alta sensibilidad (97%) y especificidad (99%), no requieren condiciones especiales de transporte o almacenamiento, son fácilmente realizables y los resultados se obtienen en menos de treinta minutos⁽¹⁾. El Perú es el primer país en la región que ha introducido PRS para gestantes a través del proyecto CISNE (cura inmediata de la sífilis neonatal), de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), financiado por la Organización Mundial de la Salud y el *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, dentro de su política de prevención y aplicación de estrategias costo-efectivas. El proyecto CISNE (www.proyectocisne.org) trabaja en la introducción de PRS, fundamentalmente en zonas urbano-marginales, labor que ha sido incluida como política nacional a través de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de VIH/SIDA e ITS, sin embargo, aún no se han aplicado en zonas rurales.

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Estudiante de Medicina; ^b médico, magíster en Epidemiología y doctora en Medicina

Recibido: 22-01-12 Aprobado: 25-01-12